



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PROVEEDOR ELEGIBLE

Nombre del Solicitante: _____

Número Telefónico: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Ofrece servicios en: (complete el encasillado que aplique)

Centro Licenciado
Nombre: _____
Seguro Social Patronal: ____/____/____
Núm. Lic. Familia: _____

Hogar Exento No Familiar
Nombre: _____
Seguro Social: ____/____/____

Hogar Licenciado
Nombre: _____
Seguro Social: ____/____/____
Núm. Lic. Familia: _____

Cuidador Familiar
Parentesco: _____
Seguro Social: ____/____/____

Identificación:

Tipo de Identificación: _____ # _____

Dirección del lugar donde se brindarán los servicios: _____

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____



Horario de Servicios:

Marque con una (x) los días en que brinda servicios y escriba los horarios de entrada y salida de los niños/as para cada día de servicio:

Día	Horario de entrada	Horario de salida
domingo		
lunes		
martes		
miércoles		
jueves		
viernes		
sábado		

De ofrecer servicios de horarios flexibles, favor de especificar días y horas de entrada y salida en la siguiente tabla:

Día	Entrada	Salida	Entrada	Salida

Periodos de Cierre (No disponibilidad de Servicio)			
Mes	Desde	Hasta	Total de días

Certifico que la información incluida en esta solicitud es cierta:

 Firma del Solicitante

 Fecha

Para Uso Oficial de la Oficina Regional

Recibo de Documentos:

Nombre y firma del funcionario autorizado: _____

Fecha: _____